

Historial médico

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?			NOTAS
Embolio/apoplejia	SI	NO	
¿Ha tomado usted Phen-fen u otros medicamentos para la dieta?	SI	NO	
¿Ha tomado usted tratamiento con bifosfonatos (aredia, zometa, fosamax, boniva u otros)?	SI	NO	
¿Toma usted ASPIRINA diariamente?	SI	NO	
Atención psicológica	SI	NO	
Presion alta	SI	NO	
Presion baja	SI	NO	
Ataque Cardico	SI	NO	
Fiebre reumatica	SI	NO	
Desmayo/ataques	SI	NO	
Asma	SI	NO	
Epilepsia/convulsions	SI	NO	
Leucemia	SI	NO	
Diabetes	SI	NO	
Enfermedad del rinon	SI	NO	
SIDA o infeccion por HIV	SI	NO	
Enfermedad del tiroides	SI	NO	
Enfermedad cardiaca	SI	NO	
Marcapaso cardiaco	SI	NO	
Murmullos en el Corazon	SI	NO	
Angina	SI	NO	
Cansado con frecuencia	SI	NO	
Anemia	SI	NO	
Enfisema	SI	NO	
Cancer	SI	NO	
Artritis	SI	NO	
Articualacion artificial de metal o plastico	SI	NO	
Hepatitis/Ictericia	SI	NO	
Enfermedad venerea	SI	NO	
Problemas del estomago/ulceras	SI	NO	
Dolor del pecho	SI	NO	
Ataque de paralisis	SI	NO	
Tuberculosis	SI	NO	
Terapia de radiacion	SI	NO	
Glaucoma	SI	NO	
Reciente perdida de peso	SI	NO	
Enfermedad de higado	SI	NO	
Problemas cardiacos	SI	NO	
Problemas respiratorios	SI	NO	
Prolapso de valvula mitral	SI	NO	
Es usted alergico a lo siguiente?	SI	NO	
La codeína	SI	NO	
Anestherics(es decir Novocaína)	SI	NO	
Eritromicina	SI	NO	
Yodo	SI	NO	
joyas, metales o de látex	SI	NO	
Tetraciclina	SI	NO	
La penicilina u otros antibióticos	SI	NO	
Sedantes	SI	NO	
Las sulfas	SI	NO	
PARA MUJERES SOLAMENTE	SI	NO	
¿Está embarazada o cree que puede estar embarazada?	SI	NO	
¿Está tomando las píldoras para el control de la natalidad?	SI	NO	
¿Esta dando pecho?	SI	NO	